

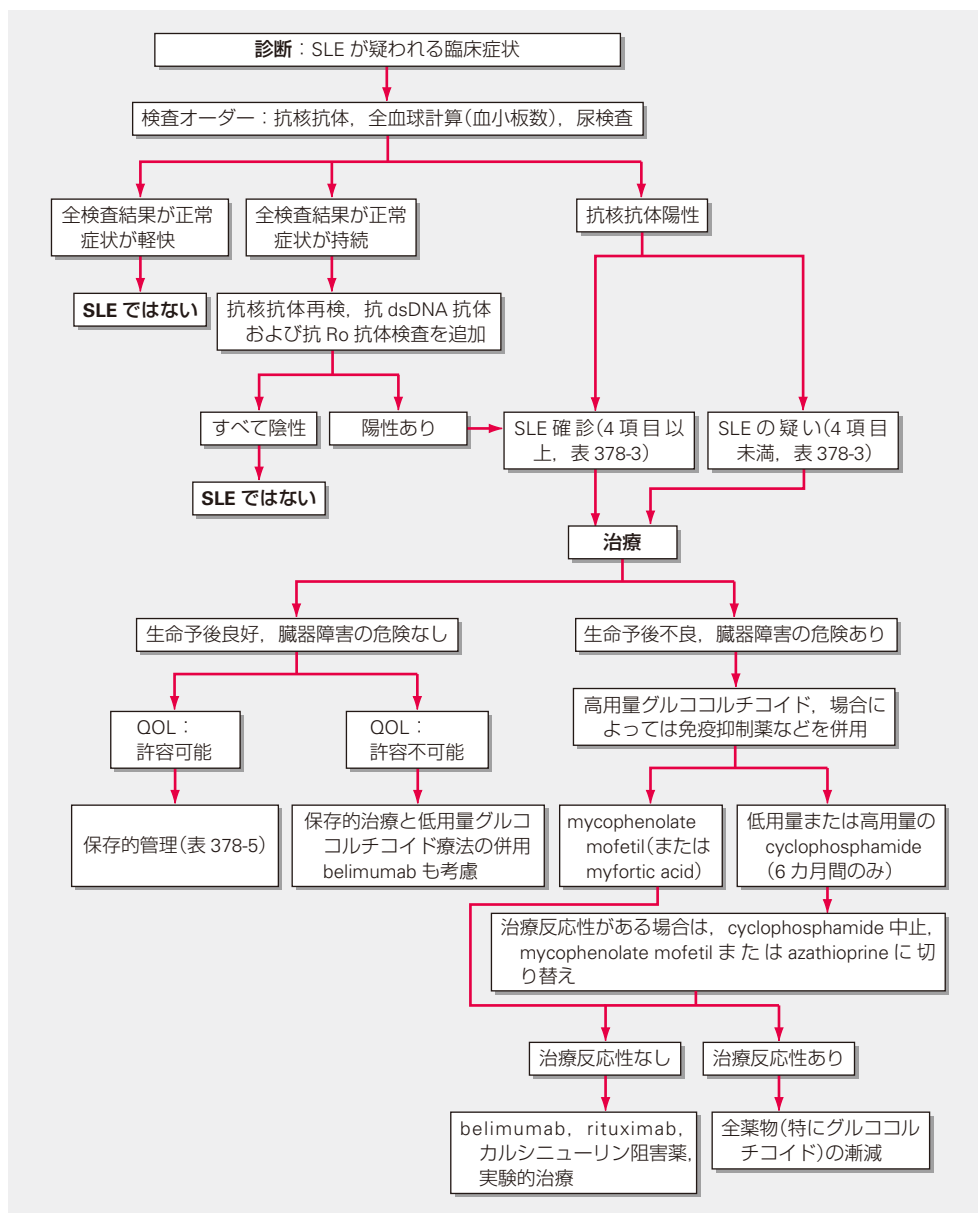


図 378-2 全身性エリテマトーデス(SLE)の診断と初期治療のアルゴリズム

SLE およびループス腎炎の治療ガイドラインについては、BH Hahn et al: Arthritis Care Res (Hoboken) 64:797, 2012, GK Bertsias et al: Ann Rheum Dis 71:1771, 2012, G Bertsias et al: Ann Rheum Dis 67:195, 2008 を参照。mycophenolate と cyclophosphamide の寛解導入療法および維持療法については、L Henderson et al: Cochrane Database Syst Rev 12:CD002922, 2012, Z Touma et al:

J Rheumatol 38:69, 2011, EM Ginzler et al: Arthritis Rheum 62:211, 2010, FA Houssiau et al: Ann Rheum Dis 69:61, 2010, MA Dooley et al: N Engl J Med 365: 1886, 2011 を参照。belimumab 療法については、BH Hahn: N Engl J Med 368: 1528, 2013 を参照。rituximab 療法については、L Lightstone: Lupus 22:390, 2013, BH Rovin et al: Arthritis Rheum 64:1215, 2012 を参照。

■腎症状

腎炎は通常、SLE の症状の中で最も重篤なものとなる。このことは、SLE が発症してから 10 年間の死因の第 1 位を腎炎と感染症が占めていることからわかる。多くのループス患者では腎炎は無症状なので、SLE が疑われる患者については必ず尿検査をオーダーしなければならない。ループス腎炎 lupus nephritis は、主として組織学的所見により分類される(表 378-2 および上記「病理」参照)。腎生検は、腎炎を示す臨床徴候のあるすべての SLE 患者に推奨され、その結果は現在および近い将来の治療法を計画するのに役立つ。危険な糸球体増殖性病変(ISN/RPS 分類のクラスⅢおよびⅣ)を有する患者は、通常、顕微鏡的血尿や蛋白尿(>500 mg/24 h)を呈する。約半数の患者はネフローゼ症候群となり、ほとんどの患者は高血圧となる。びまん性増殖性糸球体腎炎 diffuse proliferative glomerulonephritis (DPGN) の治療が

不十分な場合、ほとんどすべての患者が診断から 2 年以内に末期腎不全へと進展する。したがって、不可逆的損傷を受けていない限り、積極的な免疫抑制療法(ふつうはグルココルチコイドの全身投与と細胞傷害性薬物の投与)が適応となる(図 378-2、表 378-5)。最新の治療を行っても、アフリカ系米国人は白色人種に比べて末期腎不全に進展しやすい。米国全体では、ループス腎炎の DPGN を有する人の約 20% が、診断から 10 年以内に死亡するか、末期腎不全へと進展している。こうした人々には、SLE の積極的なコントロールとともに、腎疾患や治療による合併症のコントロールが必要である。蛋白尿(多くはネフローゼ)を呈する SLE 患者の約 20% では、腎生検での増殖性変化がみられない膜性糸球体病変が認められる。その転帰は DPGN より良好であるが、クラスⅤでネフローゼレベルの蛋白尿がある患者は、クラスⅢまたはⅣの増殖性腎炎患者と同様に治療すべきであ